# *Exploraciones e Inmunizaciones: Lo que debe saber*

*El obtener chequeos regulares, exploraciones preventivas e inmunizaciones son algunas de las cosas más importantes que puede hacer para tener una buena salud.*

Tomese el tiempo necesario para revisar estos criterios para pruebas de exploración e inmunizaciones. Utilice esta tabla para recordar cuando debe de visitar a su proveedor de salud basado en su historial médico personal. Haga una cita hoy mismo. Estos lineamientos de exploración son para mujeres que se sienten bien y que no tienen un historial médico personal o familiar que las pone en riesgo para las enfermedades enlistadas a continuación.

| *Pruebas de Exploración* | *Edad 18-39* | *Edad 40-49* | *Edad 50-64* | *Edad 65+* |
|---|---|---|---|---|
| ***Salud General:*** Chequeo Completo | Hable con su proveedor de salud | | | |
| Prueba de la Tiróides | | | | Periódicamente después de los 65 |
| **Salud del Corazón:** Prueba de la Presión de la Sangre | Comienza a los 18 años, luego cada 1-2 años si es normal | | | |
| Prueba del Colesterol | Hable con su proveedor de salud. | Comienza a los 45 años, luego cada 2 años | | |
| ***Salud de los Huesos:*** Prueba de Densidad Mineral de los Huesos | | Hable con su proveedor de salud | | Una vez por lo menos, luego hable con su doctor sobre repeticiones de la prueba |
| ***Diabetes:*** Prueba del Azúcar de la Sangre | Hable con su proveedor de salud. | Comienza a los 45 años, luego cada 3 años | | |
| ***Salud de los Senos:*** Prueba de los Senos | Anualmente por un proveedor de salud, luego un autoexamen mensual | | | |
| Mamograma | | Cada 1-2 años, hable con su proveedor de salud | | |
| ***Salud Reproductiva:*** Prueba del Pap y Prueba Pélvica | Anualmente si ha sido activa sexualmente o mayor de 21 años | Anualmente | | Hable con su proveedor de salud |
| | Discuta con su proveedor de salud para tener pruebas del Pap menos frecuentemente después de 3 pruebas normales. | | | |
| Prueba de Clamidia | Si es activa sexualmente, cada año hasta los 25 | Si usted esta en riesgo de clamidia u otra enfermedad sexual (STD), usted puede necesitar esta prueba. Vea dicha sección. | | |
| Enfermedades transmitidas sexualmente (STD's) | Hable con su proveedor de salud si usted o su pareja han tenido contacto sexual con otras parejas o si ha tenido enfermedades transmitidas sexualmente alguna vez. | | | |
| ***Salud de los Ojos:*** Examen de la Vista | Una vez entre los 20 y los 39 años | Cada 2-4 años | | Cada 1-2 años |
| ***Salud de los Oídos:*** Examen de la Escucha | Comenzando a los 18 años, luego cada 10 años. | | Hable con su proveedor de salud | |

*Por favor lea al reverso*

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Salud Colorectal:*** Colonoscopía | | | Cada 10 años |
| | | | **O** |
| Sigmiodoscopía Flexible | | | Cada 5 años |
| | | | **O** |
| Prueba Fecal Oculta de la Sangre (FOBT) | | | Anualmente |
| | | | **O** |
| Enema Baruim de Doble Contraste (DCBE) | | | Cada 5-10 años (si no se ha realizado la colonoscopía o la sigmoidoscopía) |
| | | | **O** |
| Prueba Fecal Oculta de la Sangre (FOBT) y Sigmiodoscopía Flexible | | | Cada 5 años |
| ***Salud de los Piel:*** Examen contra lunares | Autoexaminación mensual de lunares; por un proveedor de la salud cada 3 años, comenzando a los 20 años de edad. | | |
| ***Salud Oral:*** Examen Dental | 1-2 veces cada año. | | |
| ***Exploración de la Salud Mental*** | Hable con su proveedor de salud. | | |

| ***Inmunizaciones*** | ***Edad 18-39*** | ***Edad 40-49*** | ***Edad 50-64*** | ***Edad 65+*** |
|---|---|---|---|---|
| *Influenza* | Hable con su proveedor de salud. | | Anualmente | |
| *Neumococal* | | | | Solo una vez |
| *Refuerzo contra el Tetanus-Difteria* | Cada 10 años | | | |
| *Varicela (VZV)* | Solo si nunca ha tenido "chicken pox":<br>Dos dosis, 18 anos de edad y mayor. | | | |
| *Sarampión, Paperas y Rubiola (MMR)* | Mujeres en edad de concebir. Una dósis entre los 18 y los 50 años para aquellas nacidas despúes de 1956 | | | |
| *Meningococcal* | Uno a los 18 años si aún no la ha recibido. | | | |

*Lineamientos endorsados por la Sección de la Salud de la Mujer de la Asociación Médica de Nebraska*

*Nota: Estas tablas son lineamientos únicamente. Su proveedor de salud personalizará el tiempo y las pruebas de inmunización de acuerdo a sus necesidades*

## Recursos Adicionales:

Exploraciones e Inmunizaciones Recomendadas para Mujeres con Altos Factores de Riesgo
www.womenshealth.gov/screeningcharts/screenings-high-risk.pdf

Para mayor información:
Oficina de la Salud de la Mujer de Nebraska
301 Centennial Mall South, P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817
Telefono: 1-800-532-2227 TDD: 1-800-833-7352 Fax: 402-471-0913
www.hhss.ne.gov/womenshealth